Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 listopada 1882. № 45. Rok XXI.

I. Synteza kwasu moczowego.

Podał Dr. Jan Horbaczewski,

asystent w pracowni chemicznéj prof. Ludwiga w Wiedniu

Niniejszém podaję sposób, za pomocą którego udało mi się otrzymać sztucznie kwas moczowy:

Drobno sproszkowany glikokol otrzymany z kwasu hipurowego zmięszałem z dziesięć razy większą ilością czystego mocznika, wytworzonego z sinianu amonowego. Mięszaninę tę ogrzałem szybko w łaźni metalowéj do ciepłoty 200—230°C., aż masa stopiona, z razu bezbarwna i przeźroczysta, stała się cisawo-żółtą, mętną i gęstawą. Masę tę po oziębieniu rozpuściłem w rozcieńczonym ługu potasowym, rozczyn zaprawiłem chlorkiem amonu w nadmiarze i strąciłem mięszaniną roztworu srebrowego amonijakalnego i mikstury magnezyjowéj. Osad zawierający kwas moczowy, po dokładném wymyciu wodą amonijakalną, rozłożyłem rozczynem siarczku potasu. Po odsączeniu osadu zaprawiłem przesącz kwasem solnym w nadmiarze i zagęściłem przez odparowanie.

Pozostałość wydzielającą się po oziębieniu rozpuściłem znowu w ługu potasowym i poddałem dwa razy tym samym działaniom chemicznym, jak powyżéj. Ostatecznie otrzymałem proszek krystaliczny żółtawo zabarwiony, który wymyłem alkoholem i wysuszyłem, potém dla oczyszczenia z siarki wytrawiłem dwusiarczkiem węgla a wreszcie eterem.

W ten sposób otrzymane ciało zachowywało się pod względem chemicznym zupełnie tak samo, jak kwas moczowy:

1) Przedstawiało się pod mikroskopem w charakterystycznéj formie krystalicznéj i to w miarę czystości preparatu w tabliczkach lub osełkach.

2) Odkwaszało alkaliczny rozczyn siarkanu miedziowego przy ogrzaniu a już na zimno rozczyn azotanu srebrowego.

3) Rozpuszczało się przy ogrzaniu w zgęszczonym kwasie azotowym, przyczém wywięzywały się dymy brunatne, podczas gdy pozostałość odparowana barwy cebulowo-żółtéj przez działanie amonijaku stawała się purpurowo-czerwoną a po dodaniu ługu fijołkową.

4) Ciało to rozpuszczało się bardzo trudno w wodzie, w kwasie, alkoholu i eterze, bardzo zaś łatwo w ługach alkalicznych.

Rozbiór elementarny wykazał:

	obliczono	znaleziono
C	— 35·72	35·68
H	— 2·38	4·02
N	— 33·33	33·49.

II. Wycięcie nerki lewéj z powodu włókniaka torebki 18·69 kilogr. ważącego. Wyleczenie.

Opisał

Dr. R. Bruntzel we Wrocławiu.

b. asystent w klinice śp. prof. Spiegelberga.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Gdy mi się pacyjentka w czerwcu r. b. znowu przedstawiła, przekonałem się, że zaszła nie mała zmiana w stanie przed trzema laty znalezionym: Obrzęk zwiększył się w dwójnasób, zapełniał brzuch zupełnie sięgając od spojenia kości łonowych aż do mostka; największy jego obwód w wysokości pępka wynosił 130cm., o pewném rozpoznaniu z powodu nieporuszalności obrzęku mowy być nie mogło; odgłos jelitowy znalazłem po lewéj i po prawéj stronie; związku z częściami rodnemi nie można było rozpoznać; macica, która bez przeszkody dała się poruszać, leżała pod obrzękiem, którego część spoczywała w miednicy. Fluktuacyja zdawała się być tak znaczną, że skłoniła mnie do przekłucia w kilku miejscach, bez najmniejszego atoli powodzenia.

Ze względu na dawniejsze spostrzeżenia sądziłem, że rozpoznania ówczesnego wyrzec się nie powinienem; ale

można było zarówno przypuścić, że obrzęk jest pozaotrzewnowym i że blaszkę otrzewnową odłączył od kręgosłupa i wyparł kiszkę na bok. Przypomniałem sobie przypadek przez Moerickego (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1882, T. VII, 2) opisany, w którym obrzęk pozaotrzewnowy mylnie rozpoznano jako torbiel jajnikowy, oraz podobny przypadek Billrotha (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1882, 28), w którym lewą nerkę z obrzękiem ściśle złączoną trzeba było wydalić, a który to przypadek zakończył się śmiercią.

Rozważywszy wszystkie te okoliczności, nie mogłem chorej zataić, że operacyja przedstawia nader wątpliwe widoki, a nawet że życiu jéj grozi niebezpieczeństwo. Pomimo to chora błagała, abym przynajmniéj spróbował, czy mi się wydalenie obrzęku nie uda, gdyż jéj cierpienia coraz bardziéj się zwiększają, i że w takim pożałowania godnym stanie dłużéj żyć nie może. Krewni jéj, którym również oświadczyłem, że operacyja jest nadzwyczaj trudną i może nawet zgoła niepodobną, prosili jednak, abym ją przedsięwziął.

D. 1 lipca r. b. uskuteczniłem więc operacyję przy łaskawéj pomocy kilku kolegów, używszy wszelkich przy laparotomii koniecznych środków przeciwgnilnych. Dla nadzwyczaj wielkich rozmiarów obrzęku można było rozpoznać dokładnie stosunki po uskutecznieniu cięcia brzusznego od górnego brzegu spojenia kości łonowych aż do wyrostka mieczykowatego. Pokazało się teraz, że guz leżał poza otrzewną, blaszka tylna otrzewny pokrywała go z przodu, po stronie lewéj zaś znajdowało się ramię zstępujące jelita grubego. Jeszcze i teraz obmacywanie guza zdawało się tak łudząco wykazywać obecność w nim płynu, że próbowałem zmniejszyć go przez punkcyję, co się jednak nie udało. Przeciąłem więc teraz tylną blaszkę otrzewny i oddzieliłem ją dłonią od guza, oddzielanie to udało się po stronie prawéj z łatwością, po stronie zaś lewéj, skutkiem silniejszego przyczepienia, otrzewna przerwała się w kilku miejscach. Przytém wypadło podwiązać bardzo liczne naczynia, niektóre dochodzące grubości palca małego, aż w końcu udało się guz odsłonić i od góry. Jeden z asystujących odciągał mocnemi szczypczykami Muzeuxa guz ku stronie lewéj, ja zaś starałem się uwolnić go z pod spodu. Po dokładném zatamowaniu wszystkich miejsc jeszcze broczących, przystąpiłem nasamprzód do złączenia otrzewny w blaszce tylnéj, poprzerywanéj skutkiem silnego spojenia z guzem. Największą trudność sprawiało tutaj rozerwanie w kącie jéj górnym po stronie prawéj, w szparę tę bowiem wtłaczał się przy każdym oddechu kawałek żołądka. Następnie zeszyłem tylną blaszkę otrzewny z przednią, wygładziwszy ją poprzód jak najdokładniéj, przez co zamknąłem zupełnie jamę otrzewny. Tutaj trzeba było przedewszystkiém uwolnić dolną część jelita zstępującego. Jeszcze i teraz było niemożebném oryjentowanie się dokładne co do stosunków obrzęku, bo wielkość jego i ciężar utrudniały ogromnie podniesienie go. Po stronie tylnéj dosięgnąć było można wązkiego trzonka obrzęku. Trzonek ten uciskał jeden z asystujących, dopóki mi się nie udało podwiązać go, po oddzieleniu przyczepin obrzęku do blaszki tylnéj otrzewny i tworów pozaotrzewnowych.

Dopiero po ostateczném wydobyciu guza można było wybadać stosunki topograficzne obszaru operacyjnego. Po stronie lewéj i z boku jamy pozaotrzewnowéj dostrzegliśmy, że jedno z przeciętych i podwiązanych naczyń jest moczowodem, mieliśmy więc przed sobą alternatywę zeszycia przeciętego moczowodu lub téż wyjęcia nerki lewéj. Jednakowoż nie udało nam się znaleźć na obszarze operacyjnym ani górnéj części moczowodu, ani téż saméj nerki. Dopiero po dokładném obejrzeniu guza pokazało się, że nerka znajdowała się niejako w zagłębieniu jego tylnéj ściany, że zatém wraz z guzem została wyjętą. Mniemany trzon guza były to naczynia nerki, które teraz osobno podwiązano. Pozostałą część moczowodu ucięto krótko i pogrążono w jamę pozaotrzewnową.

Jamę pozaotrzewnową, powstałą w skutek wydobycia obrzęku, drenowałem za pomocą rurek drenowych (25 i 17cm.), z których wyżéj położona dochodziła do lewéj jamy nerkowéj, dolna zaś ku miednicy; dreny w środku brzucha na wierzch wychodzące przymocowałem i zastosowałem oprawę Listerowską, którą przymocowałem opaskami z gazy. Operacyja trwała $2^1/_2$ godziny. Podczas ostatniéj półgodziny nie stosowaliśmy chloroformu, gdyż tętno i oddech operowanéj zaczęły być nieregularnemi.

Obrzęk ważący 18,69 kilogramów okazał się włókniakiem torebki nerkowéj; w tkance łącznéj znajdowały się rozrzucone tkaniny tłuszczowe, które obrzękowi nadawały układ na pozór płynny. W wydrążeniu obrzęku leżała nerka lewa, która zresztą całkiem prawidłową się przedstawiała.

Chora przebudziła się niebawem ze stanu narkozy, a bieg gojenia przez dni kilka był zupełnie zadowalający obok nieznacznego wzmagania się ciepłoty, która szóstego dnia wynosiła 38,8. Brzuch pozostał płaskim; z drenów wychodził płyn niecuchnący w nieznacznéj ilości. Moczu odchodziło pomimo obfitego napoju nadzwyczaj mało; na drugi dzień po operacyi odjęto cewnikiem tylko 65cm., trzeciego dnia 85, lecz już czwartego dnia bez kateteru wyszło 900 cm., tak samo w dni następne. Ciężar względny moczu wynosił 1,022 do 1,024; w pierwszych dniach mocz miał lekką barwę karbolu, która jednakowoż ustąpiła po zaniechaniu bandaży karbolowych; do wypłókiwania drenów używano odtąd zamiast karbolu słabego roztworu chlorku zynku. Ósmego dnia po zażyciu filiżanki odwaru St. Germain nastąpił obfity stolec bez wszelkiego bólu, tak samo dnia dziewiątego. Siódmego dnia skróciłem znacznie dreny, gdyż wydzieliny już wcale nie było; dnia dziewiątego mogłem dreny zupełnie usunąć i wydalić wszystkie szwy ze ścian brzusznych *per primam* zagojonych.

Dnia dziewiątego, podczas gdy odnawiałem opatrunek, chora żaliła się, że ma lekki ból w okolicy pęcherza i nagle straciła przytomność, zgrzytała zębami i przewróciła oczy. Odnogi były w stanie jakby letargu, tętna wcale czuć nie było; zdawało mi się, że lada chwila będę miał trupa w ręku. Pomimo wstrzykiwań podskórnych eteru, nacierań gorącym alkoholem gorczycznym i pomimo urządzenia sztucznego oddychania, chora pozostała przez trzy pełne godziny w tym stanie, nim odzyskała przytomność. Przyczyna tych groźnych objawów stała się widoczną, skoro zdjęto opatrunek: oto przez otwór, w którym leżały dreny, wychodził kał. Dolna część jelita zstępującego, gdzie w skutek oderwania się jelita środkowego szew dochodził do kiszki, obumarła, a pęknięcie jelita nastąpiło przypadkowo podczas odnowienia oprawy. Ale i to niespodziane powikłanie ustąpiło szczęśliwie, już dnia następnego odszedł kał przez odbytnicę, co dowodziło, że się tylko fistuła kiszki była utworzyła, a nie *anus perpetuus*. Fistuła na szczęście nie była obszerna; oczyściwszy ranę z kału, pokrywałem ją dwa razy na dzień grubym pokładem naftalinu i przyłożyłem silny opatrunek uciskający; granulacyję, która niebawem nastąpiła, podnie-

całem częściéj kamieniem piekielnym, tak że po trzech tygodniach otwór w kiszce zupełnie się zamknął.

Inne nadzwyczaj osobliwe powikłanie nastąpiło w skutek porażenia obydwóch nerwów sprychowych; przyczyny tego objawu nie było można zbadać; w skutek faradyzacyi przez dłuższy czas wykonywanéj porażenie ręki prawéj ustąpiło zupełnie, lewa ręka pozostaje jeszcze w stanie podobnego porażenia, którego dotąd pomimo regularnie wykonywanéj faradyzacyi jeszcze nie zwalczono.

Pacyjentka, która przed wykonaniem operacyi przez wiele miesięcy nie była w stanie wyjść z mieszkania, cieszy się obecnie doskonałém zdrowiem, odbywa dalekie przechadzki i wypełnia bez trudności czynności domowe. Mocz codziennie odchodzi w ilości prawidłowéj; od czasu do czasu pokazują się w otworze drenowym obok szczupłéj wydzieliny cząstki jedwabnych nitek, które teraz zwolna odchodzą.

Streszczając w krótkości uwagi godne szczegóły operacyi dochodzimy do wniosku, że nigdy jeszcze obrzęku tak wielkich rozmiarów nie zauważono, któryby od torebki nerkowéj wychodził, że tém mniéj podobny obrzęk stał się przedmiotem operacyi. Niezwykłém téż jest uzupełnienie jamy otrzewnowéj przez przyszycie tylnéj blaszki do przedniéj; jakotéż w dalszym przebiegu porażenie (hysteryczne?) nerwów sprychowych; nareszcie wyleczenie, które może pod pewnym względem jest przypadkowém, z innéj strony jednak dostarcza dowodu, że zachowując ostrożności przeciwgnilne najtrudniejszych zabiegów na polu laparotomii podejmować się możemy i to nie bez nadziei osiągnienia zadowalających wyników.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

III.

Utopienie lub utonięcie.

D. 21 stycznia znaleziono w przerębli na rzece, powstałéj w skutek rąbania lodu, wieśniaka A. B. bez życia leżącego; tegoż dnia nad ranem słyszano w chatach najbliższych rzeki jakiś łoskot i wołanie o ratunek, a na lodzie koło przyrębli miały być ślady bronienia się; po wydobyciu zaś z wody A. B. spostrzeżono na jego ciele znak, pochodzić mający od silnego uderzenia.

W skutek tego doniesienia urzędu gminnego Sąd powiatowy rozpoczął śledztwo i zarządził sekcyję sądową zwłok A. B. Sekcyja uskuteczniona w d. 24 stycznia przez Dra C. i chirurga D. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki mężczyzny około lat 40 liczącego, wzrostu średniego, dobréj budowy ciała i miernego odżywienia. 2) Głowa, twarz i małżowiny uszne silnie obrzękłe, ciemno-sino zabarwione. Na czole na palec szerokości od brzegu włosów nad szwem kości czołowéj znajduje się siniec wielkości bobu, poziomo ułożony; po nacięciu skóry napotyka się wybroczynę krwawą takiéj saméj wielkości co siniec zewnętrzny. 3) Oczy zamknięte, powieki mocno obrzękłe, spojówki ócz obydwóch nastrzykane, mocno przekrwione, barwy jasno czerwonéj, rogówki mętne, źrenice rozszerzone. 4) Usta rozwarte, wargi obrzękłe, przeważnie dolna, jednak nie obwisła, barwy ciemno-brunatnéj; z ust i nosa wypływa ciecz pienista, różowa. 5) *a)* Szyja i kark mocno obrzękłe, na nich widać pas blady, 5 cm. szeroki, o brzegach równych i równoległych, poniżéj i powyżéj onego skóra jasno-czerwono zabarwiona; w pasie tym są smugi jasno-czerwone, nad poziom wystające; tak w pasie samym, jakotéż poniżéj i powyżéj skóra przy dotyku jakotéż przy nacięciu nie przedstawia żadnych zmian. Dodaje się, że obszewka od koszuli, w któréj Komisyja zwłoki znalazla, również jest 5 cm. szeroką. 5) *b)* W dolnéj części szyi z obu stron tchawicy, na palec szerokości od stawu łączącego mostek z obojczykiem, znajdują się dwa sińce podłużne, 3 cm. długie a 2 cm. szerokie; przy nacięciu skóry w tych miejscach znaleziono wybroczynę wielkości sińcowi odpowiadającą. 6) Klatka piersiowa wypukła, brzuch lekko wzdęty. 7) Przy obróceniu zwłok w celu obejrzenia tylnych części wypływa z ust w dość znacznéj ilości ciecz różowo-pienista. 8) Nad kością krzyżową siniec wielkości dłoni. 9) W zgięciu pod stawem kolanowym lewym siniec ze zdartym i przyschniętym nabłonkiem wielkości talara; nacięcie wykazuje wybroczynę krwawą. 10) Ani pomarszczenia skóry na brzuścach palcowych u nóg i rąk, ani skóry gęsiéj, co zwykle u ludzi utopionych się znachodzi, nie można wykryć. Plamy pośmiertne są barwy jasno-czerwonéj.

Oględziny wewnętrzne: 11) Czaszka prawidłowa i lekko przekrwiona; czaszka gruba, zbita, miejscami przeświecająca, bez uszkodzenia. 12) Błony miękkie połyskujące, napięte i mocno nastrzykane. W zatokach mózgowych znaczna ilość krwi ciemno-wiśniowéj, na pół płynnéj. Istota mózgowa prawidłowa, silnie przekrwiona, to jest na przekroju jego występują liczne drobne kropki krwi. 13) Płuca są mocno wzdęte a po otwarciu klatki piersiowéj występują z niéj; na opłucnéj obydwóch płuc, jakotéż na opłucnéj żebrowéj liczne wynaczynionki czerwone. Płuco prawe wzdęte, mocno trzeszczy, po nacięciu w dolnych częściach wydziela się płyn pienisty różowy. Płuco lewe przyczepione, zresztą te same ma własności co prawe. 14) Gruczoł tarczykowy obrzękły, silnie przekrwiony, mięśnie i tkaniny przyległe również krwią przesiąkłe. W krtani i tchawicy znajduje się ciecz różowa, pienista, błona śluzowa ich prawidłowa, chrząstki krtani nie uszkodzone. 15) W worku sercowym kilka gramów surowicy, serce lekko tłuszczem obrosłe i powiększone, miąższ serca zgrubiały, w komórkach krew ciemno-wiśniowa, na wpół płynna. 16) Wątroba powiększona, przekrwiona; śledziona powiększona, silnie przekrwiona; nerki przekrwione. 17) Żołądek miernie wzdęty, przy poruszaniu słychać w nim chlupanie; po podwiązaniu z obu stron i otwarciu znaleziono w nim cieczy kleistéj, serowatéj i ciągnącéj się około 300 gramów, pochodzącéj z reszty potraw spożytych; błona śluzowa prawidłowa (utopiony na parę godzin przed śmiercią jadł był żur na śniadanie). 18) Jelita zawierają kał żółty, na pół płynny, błona śluzowa ich prawidłowa; pęcherz moczowy próżny.

PP. Obducenci wydali następujące orzeczenie: Zanim przystąpimy do właściwego orzeczenia, jesteśmy zmuszeni z biegiem okoliczności objaśnić przebieg śmierci z utopienia. Jeżeli człowiek będąc przytomny wpadnie do wody i grozi mu śmierć przez utopienie się, wstrzymuje oddech i usiłuje wydostać się nad powierzchnię wody, aby zaczerpnąć powietrza, jak nas codziennie uczy praktyka; gdy jednak to się nie uda, brak powietrza staje się coraz dotkliwszym a topiący się otwiera usta, chcąc zaczerpnąć powietrza, zamiast którego wciska się woda w jego usta, którą jak długo może połyka, to jest pije, aż ostatecznie następuje zatrucie krwi gazem CO_2, tonący traci zupełnie

przytomność, i przez tak zwane oddychanie odruchowe, gdyż ośrodki mózgowe jeszcze funkcyjonują, wdycha pełną piersią wodę do płuc zamiast powietrza.

Z powyższych oględzin wynika więc, że ostateczną przyczyną śmierci A. B. było utopienie, za czém objaw w płucu (13) opisany żywo przemawia; jednak dodać musimy, że utopiony zbyt krótko w wodzie pozostawał, za czém przemawia stan opisany pod l. 10 i bezsprzecznie w stanie bezprzytomnym dostał się do wody, czego dowodzi stan pod l. 17 opisany, gdyż w przeciwnym razie bezwarunkowo byłaby musiała większa ilość wody znajdować się w żołądku.

Przez „bezprzytomność“ nie rozumiemy tu opilstwa, lub przez inne podobne środki uzyskaną bezprzytomność, lecz taką, jaka przychodzi przez duszenie lub inny gwałt podobny, który zarazem pociąga za sobą brak powietrza. Że A. B. przed utopieniem był przytomnym, za tém przemawia zeznanie świadków, którzy słyszeli opodal głos wzywający ratunku. Prawdopodobnie więc A. B. pierwéj był duszony, za czém przemawia stan pod l. 3—6 i 14 opisany, a gdy już stracił był przytomność i zaczął charczeć, wtedy dopiero wtrącony został do wody i dlatego znaleźliśmy tylko częściowe zmiany śmierci z utopienia. Stan opisany pod l. 5 *a*) powstał już po śmierci A. B. przez ucisk ze strony obszewki. Zmiany w mózgu, wątrobie, śledzionie i nerkach znalezione są to w ogóle zmiany, które zwykle przy każdéj śmierci gwałtownéj i nagłéj występują.

Podejrzanym o utopienie A. B. był brat jego przyrodni X. Y., który często miał mu grozić, że go zabije lub utopi. Świadkowie podali, że A. B. w dzień śmierci swojéj wyszedł z domu, gdy jeszcze było ciemno, i że często tak wczas miał tam chodzić nad rzekę, aby zabierać potajemnie koły przy tamie pozostawione. Jedni świadkowie twierdzą, że przed wschodem słońca słyszeli głos człowieka o pomoc wołającego i pochodzący z przerębli; drudzy wyraźnie słyszeć mieli słowa: „Dla Boga, ratujcie, podajcie choć kija“; inni znów podają, że kapelusz A. B. leżał na dwa kroki od przerębli i sądzą, że gdyby A. B. był wpadł przypadkiem, byłby wpadł razem z kapeluszem i że przeciw wpadnięciu przypadkowemu przemawia okoliczność, że nieboszczyk wiedział, gdzie przerębla się znajduje. Z drugiéj strony obwiniony X. Y. twierdzi, że noc przepędził we wsi z tamtéj strony rzeki, a świadkowie twierdzą, że gdy zrana powrócił do domu, a gdy na pytanie, gdzie A. B. jest, usłyszał, że go nie ma jeszcze w domu, obwiniony miał odpowiedzieć: „Ha, jeżeli go niema, to pewno utopił się w przerębli“. Przerębla, w któréj znaleziono A. B. miała długości 20 kroków a szerokości 8; na jéj brzegach znajdowały się bryły lodu, a ztąd przypuszczano, że A. B. mógł się był ratować, gdyby był wpadł do wody przypadkiem.

Dla ważności przypadku, — rozchodziło się bowiem o prawdopodobne morderstwo, a nawet skrytobójstwo, oraz celem wyjaśnienia zachodzących wątpliwości Sąd przesłał akta Wydziałowi Lek. U. J. z prośbą o wydanie orzeczenia.

Zdanie Wydziału w tym przypadku opiewało jak następuje:

1) Wynik sekcyi sądowéj a w szczególności stan płuc, krew nawpół płynna, brak wszelkich innych zmian, któreby śmierć nagłą człowieka przedtém zdrowego i czynnego wytłumaczyć mogły, wreszcie znalezienie zwłok w wodzie, przemawiają za tém, że A. B. umarł z utonięcia.

2) Sińce, znalezione na czole, na szyi i w zgięciu kolanowém lewém powstały za życia; co do sińca w okolicy krzyżowéj pewności téj niema, ponieważ tenże nie był nacięty. Pierwsze powstać mogły śród wpadnięcia do wody i usiłowanego ratowania się.

3) W szczególności sińce na szyi (l., 5, *b*), jakkolwiek za życia powstałe, ani pod względem umiejscowienia ani postaci nie mają cechy sińców, powstałych w skutek dławienia palcami. Niema więc podstawy do przypuszczenia, jakoby A. B. był dławiony lub duszony, zanim dostał się do wody.

4) Jakkolwiek wtrącenia A. B. do wody przez osobę drugą wykluczyć nie można, to jednak nic w danym razie nie przemawia przeciw utopieniu się lub utonięciu; w szczególności niczego nie dowodzą okoliczności, że kapelusz A. B. znaleziono w odległości dwóch kroków od wody, oraz że na brzegach przerębli znajdowały się bryły lodu.

Orzeczenie Wydziału wypadło więc na korzyść obwinionego, a dodajemy zaraz, obwinionego niewinnie według naszego przekonania. Pozornie przeciw niemu przemawiały nieprzyjaźń, w któréj żył z denatem, groźby i odezwanie się po powrocie do domu po śmierci A. B. Natomiast na jego korzyść oprócz niebytności prawdopodobnéj na miejscu przemawiała ważna ta okoliczność, że sekcyja nie dostarczyła dowodu, jakoby A. B. w ogóle umarł śmiercią gwałtowną, wywołaną przez osobę drugą. Rowek znaleziony na szyi nie wchodzi wcale w rachubę, a obducenci trafnie wykazali, że tenże powstał po śmierci A. B. skutkiem ucisku wywartego przez obszewkę koszuli zapiętéj. Objaw taki jest bardzo częsty a nie staje się on powodem mylnego przypuszczenia, jeżeli się tylko uwzględni stan odzieży, a względnie koszuli, w któréj zmarłego znaleziono. Ale pp. obducenci znalazłszy sińce w „dolnéj części szyi“ przypuścili, że A. B. był dławiony, zanim dostał się do wody, i że wtedy wzywał pomocy, a następnie straciwszy przytomność skutkiem dławienia wtrącony został do wody żyjący jeszcze ale bezprzytomny, czego dowodzić ma brak płynu w żołądku, z braku zaś pomarszczenia skóry i sierotek wnoszą o krótkiém pozostawaniu we wodzie, co ich utwierdza w mniemaniu, że A. B. „charczący“ czyli konający już dostał się do wody, w któréj ostatecznie umarł. Wnioski te, brzemienne w następstwa dla obwinionego, dosyć loicznie wysnute zostały z premisy, która atoli nie była należycie uzasadnioną. Owe sińce bowiem „w dolnéj części szyi“ znalezione na palec szerokości od stawów mostko-obojczykowych już co do niezwykłego ułożenia swego, a bardziéj jeszcze pod względem postaci (sińce **podłużne** 3cm. długie a 2cm. szerokie) żadną miarą nie odpowiadają odciskom palców, a więc nie stanowią dowodu dławienia, a w braku tego dowodu wszelkie dalsze wnioski tracą swoją podstawę. Bezwzględnie mylnym następnie jest wniosek, jakoby A. B. dostał się bezprzytomnym do wody, ponieważ w żołądku nie znaleziono wody. Naprzód trudno wykluczyć stanowczo, że śród owych 300 gramów płynu, znalezionego w żołądku, nie było wcale wody, a powtóre, choćby rzeczywiście żadnego płynu w żołądku nie było, to okoliczność ta niczego jeszcze dowodzi. Zbyt teoretycznie pp. obducenci wyobrażają sobie śmierć z utonięcia; praktyka inaczéj poucza, bo nierównie częstszemi są przypadki, w których u ludzi utonionych (np. śród kąpania się) wcale płynu nie znachodzimy ani w drogach pokarmowych, ani w oddechowych, ani wreszcie w jamach bębenkowych. Słusznie wprawdzie pp. obducenci wnoszą z braku

wymoczenia skóry u rąk i nóg o krótkiém pozostawaniu we wodzie utonionego, ale brak tego objawu dowodzi tylko, że denat w ogóle nie długo leżał w wodzie po utonięciu, nie dozwala zaś żadnego wniosku o rodzaju jego śmierci. Brak sierotek na zwłokach człowieka utonionego w wodzie zimnéj jest wprawdzie uderzającym; ale pominąwszy, że sierotki niczego nie dowodzą prócz zadziałania zimna na ciało krótko przed śmiercią lub p o ś m i e r c i, to brak ich wytłumaczyć się daje w ten sposób, że gęsia skórka częstokroć nie jest widoczną pomimo działania zimna u ludzi z warstw niższych, którzy zazwyczaj powłoki zewnętrznéj swéj nie pielęgnują. Jeżeli więc przypuszczenie dławienia odpada, jako nie stwierdzone, wtedy nic nie stoi na przeszkodzie wręcz przeciwnemu tłumaczeniu przypadku, a mianowicie, że A. B., pomimo że znał miejscowość, mógł nadedniem, gdy jeszcze było ciemno, przypadkiem wpaść do przerębli, że wpadłszy wołał o pomoc, a nie otrzymawszy jéj usiłował ratować się, przyczém mógł uderzyć się właśnie o bryły lodu, a siniec i otarcie przyskórka w zgięciu kolana lewego, które już wcale z napaści cudzéj nie powstały, przemawiają raczéj za podobném usiłowaniem, przyczém kapelusz mógł mu spaść z głowy, a gdy usiłowania były płonnemi, stracił życie przez utonięcie. Jak dalece nie poradnym staje się człowiek, który nagle wpada do wody, o tém świadczą przypadki, czasem bardzo ciekawe acz smutne, w których trudno pojąć, dlaczego człowiek dorosły pomimo wpadnięcia do wody nie ocalał; tak znamy przypadek, w którym posługaczka szpitalna, celem zasunięcia klapy od pieca, wstąpiła na kocioł, napełniony wodą zimną a przykryty wiekiem; gdy atoli wieko się przeważyło, dziewczyna wpadła do kotła, a pomimo, że woda zimna sięgała jéj po pas zaledwie, tak niezgrabnie usiłowała wydostać się z kotła, że wpadła do pobliskiego kotła, napełnionego wodą gorącą, a wydostawszy się z niego umarła z oparzenia. Przypadki takie uwzględniając wypada nam témbardziéj trzymać się zasady: *in dubiis mitius!*"

IV. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

12) Doświadczenie *l*. ($MgSO_4$ w rozczynie obojętnym; dysocyjacyja soli w żołądku).

Znaczna różnica w ubytku kw. siarkowego względem magnezyi w cieczy żołądkowéj z ostatniego doświadczenia nasunęła myśl przekonania się, czy téż kwas i zasada jednéj i téj saméj soli zostają w stosunku swych ciężarów drobinowych w żołądku wessane. W celu wyśledzenia tego stosunku wybrano do doświadczenia obojętny rozczyn siarkanu magnowego.

A) Podano do wypicia o 7 g. 54 m. rano naczczo 500 kcm. rozczynu przy ciepłocie 18°C. następującego składu odsetkowego: SO_3=0·9135%
MgO=0·4145 „

W celu utworzenia zadanego rozczynu rozpuszczono chem. czysty tlenek magnowy w chem. czystym kw. siarkowym. Rozczyn odparowano w naczyniu platynowym do suchości a następnie ogrzano pozostałość do czerwoności. Otrzymany siarkan magnowy rozpuszczono we wodzie i przesączono; przesącz ten oddziaływał obojętnie na papierki lakmusowe.

a) Dla oznaczenia SO_3 w powyższym przesączu strącono kw. siarkowy w dwóch próbach po 20 kcm. chlorkiem barowym i otrzymano 0·5334 i 0·5329 przeciętnie 0·5328 $BaSO_4$ odpowiadającego 0·1827 SO_3.

b) Dwa oznaczenia po 20 kcm. rozczynu zadanego, fosforanem sodowym strąconych, wydały 0·2559 i 0·2595 przeciętnie 0·2579 $Mg_2P_2O_7$ odpowiadającego 0·0829 MgO.

B) Badany siedział spokojnie po wypiciu rozczynu do 8 g. 37 m., kiedy zdołano wyciągnąć 165 kcm. cieczy mętnawo-śluzowéj barwy żółtawéj oddziaływania kwaśnego. Na na 100 kcm. téj cieczy znaleziono:

SO_4 = 0·7455 gr.
MgO = 0·3885 „

Kwasoty: { 1 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego czyli 0·0036 gr. HCl.

Chloru: { 28 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$ czyli 0.099 gr. Cl.

a) Dwa oznaczenia po 20 kcm. przesączu cieczy żołądkowéj wydały 0·4368 i 0·4323 przeciętnie 0·4345 $BaSO_4$ odpowiednio 0·1491 SO_3.

b) Dwa rozbiory po 20 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj fosforanem sodowym strącone wydały: 0·2164 i 0·2140 przeciętnie 0·2156 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·0777 MgO.

c) 10 kcm. tego samego przesączu potrzebowały 0·1 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego.

d) 10 kcm. również tego przesączu zużyły 2·8 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmianę w stosunku zawartości odsetkowéj SO_3 względem MgO w cieczach *A* i *B* wykazują następujące zestawienia:

	SO_3 : MgO	
W cieczy zadanéj	0·9135 : 0·4175	= 2·204
„ „ żołądkowéj	0·7455 : 0·3885	= 1·919

co znaczy że ilość odsetkowa kw. siarkowego, względem magnezyi w cieczy żołądkowéj się zmniejszyła

$$\alpha = \frac{2{\cdot}204}{1{\cdot}919} = 1{\cdot}149 \text{ razy}$$

Stosunek zawartości odsetkowéj kwasu i zasady w porównaniu do cieczy zadanéj przedstawia się dla cieczy żołądkowéj:

$$SO_3 \underset{1.149}{<} : MgO$$

a ztąd wnosząc o wielkości ubytku (wessania) SO_3 względem MgO po upływie 43 minut przedstawi się:

$$SO_3 \underset{1.149}{<} MgO$$

Okazuje się z tego doświadczenia, że w żołądku po wprowadzeniu siarkanu magnowego kw. siarkowy we większéj stosunkowo ilości bywa wessany niż magnezyja, co albo przypisać należy swoistemu działaniu naczyń chlonniczych, na co jednak nie ma żadnych danych, albo raczéj działaniu chlorków podług zrównania chemicznego:

$$MgSO_4 + 2NaCl = Na_2SO_4 + MgCl_2,$$

przez co część siarkanu magnowego przechodzi na łatwiéj wessalny Na_2SO_4 a z nim i większa ilość SO_3 ze żołądka ubywa. (Dysocyjacyja żołądkowa soli).

Aby się przekonać o wpływie chlorków na różnicę we wessaniu SO_3 a MgO w siarkanie magnowym, utworzono w następném doświadczeniu rozczyn $MgSO_4$, w którym zamieniona część téj soli przez dodanie NaCl na Na_2SO_4 i $MgCl_2$.

13) Doświadczenie *m*. (Rozczyn $Na_2SO_4 + MgSO_4 + NaCl$).

A) Utworzono 500 kcm. rozczynu rozpuszczając z chemicznie czystych składników otrzymane, potém wyżarzone i odważone ilości następujących soli:

5·29 Na_2SO_4, 13·259 $MgSO_4$ i 4·906 NaCl. Tak otrzymany rozczyn oddziaływania obojętnego podano o 7 g. 28 m. rano naczczo przy ciepłocie 18°C. do wypicia. Z odważonych ilości soli oblicza się zawartość odsetkowa zadanego rozczynu dla następujących składników:

SO_3 = 2·345 gr.
MgO = 0·884 „
Cl = 0·612 „

B) Po wypiciu siedział badany spokojnie do 7 g. m. 58, kiedy zdołano wyciągnąć jeszcze 308 kcm. płynu śluzowo- mętnawego barwy blado-zielonkowato-żółtéj oddziaływania obojętnego. W przesączonéj cieczy otrzymano na 100 kcm. płynu:

SO_3 = 1·835 gr.
MgO = 0.721 „
Chloru: { 168 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$, czyli 0·5945 gr. Cl.

W 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj strąconych chlorkiem barowym otrzymano 0·535 $BaSO_4$;
inne 10 kcm. przesączu zużyły 25·2 kcm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Porównywając stosunek zawartości odsetkowéj SO_3 względem MgO w cieczach *A* i *B* mamy:

	SO_3 : MgO
W cieczy zadanéj	2·345 : 0·884 = 2·652
„ „ żołądkowéj	1·835 : 0.721 = 2·517

Zawartość odsetkowa SO_3 względem MgO w cieczy żołądkowéj zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{2{\cdot}652}{2{\cdot}517} = 1{\cdot}053 \text{ razy}$$

Ztąd stosunek zawartości odsetkowéj tych ciał w cieczy żołądkowéj porównany z cieczą zadaną przedstawi się:

$$SO_3 \underset{1.053}{>} MgO$$

a ztąd wielkość ubytku (wessania) SO_3 względem MgO wyraża się:

$$SO_3 \underset{1.053}{>} MgO$$

Wynik ten okazuje większe wessanie dla SO_3, niż dla MgO, lecz różnica nie jest znaczna. Nie uważam jednak wyniku tego za zupełnie dokładny, gdyż raz zaniedbano dla wyrównania błędu rozbiorowego osobnym rozbiorem oznaczyć MgO jakotéż SO_3 w cieczy *A*, a powtóre rozczyn w obecnym przez krótszy czas trwającém doświadczeniu był obojętny, podczas gdy w doświadczeniu poprzedzającém ciecz żołądkowa była kwaśną, a według dośw. 11 różnica we wessaniu między Na_2SO_4 a $MgSO_4$ w rozczynie kwaśnym jest większą, niż w obojętnym.

14) Doświadczenie *n*. (Rozczyn $HNa_2PO_4 + Na_2SO_4$).

A) O 7 g. 46½ m. rano naczczo podano do wypicia 500 kcm. rozczynu ogrzanego do 40°C. następującego składu odsetkowego:

Fosforanu sodowego : 1·084 gr.
Siarkanu sodowego : 1·055 „

Rozbiór chemiczny wykazał w dwóch próbach po 20 kcm. zadanéj cieczy 0·3459 i 0·3479 czyli przeciętnie 0·3469 $BaSO_4$.

Drugie dwie próby również po 20 kcm. wydały przez strącenie za pomocą siarkanu magnowego 0·1694 i 0·1699 $Mg_2P_2O_7$ (średnia 0·1697).

Rozczyn zadany oddziaływał mocno alkalicznie na papierki lakmusowe, a po zakwaszeniu kw. azotowym z azotanem srebrowym wcale zmącenia nie dawał.

B) Po wypiciu zachował się badany spokojnie siedząc do 8 g. 33 m., kiedy zdołano wyciągnąć ze żołądka 100 kcm. płynu mętnawego białawego prawie zupełnie obojętnego. Rozczyn ten na połowę wodą przekroploną rozcieńczony, wykłucony i przesączony wykazał następującą zawartość odsetkową:

HNa_2PO_4 = 0·598 gr.
Na_2SO_4 = 0·445 „
Chloru: { 28 kcm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$, czyli 0·1557 gr. Cl.

Te obliczenia wynikają z następujących oznaczeń:

Dwa rozbiory 40 i 20 kcm. powyższego przesączu wydały 0·0924 i 0·0470 $Mg_2P_2O_7$.

Inne dwa rozbiory 40 i 20 kcm. tego samego przesączu wydały 0·1659 i 0·0863 $BaSO_4$;
zaś 10 kcm. przesączu miareczkowane dopóty dziesiętnonormalnym rozczynem azotanu srebrowego, aż okazało się żółtawe zabarwienie od fosforanu srebrowego, zużyły 2·2 kcm. rozczynu srebrowego.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj w cieczy *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2HPO_4 : Na_2SO_4
W cieczy zadanéj	1·084 : 1·055 = 1·028
„ „ żołądkowéj	0·598 : 0·445 = 1·344

z czego się okazuje, że ilość odsetkowa siarkanu sodowego względem fosforanu sodowego zmniejszyła się:

$$\alpha = \frac{1{\cdot}344}{1{\cdot}028} = 1{\cdot}310 \text{ razy}$$

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj obydwu soli w cieczy żołądkowéj da się przedstawić:

$$Na_2SO_4 \underset{1.310}{<} : HNa_2PO_4$$

a ubytek odsetkowy (względnie wessanie) tych soli względem siebie w żołądku po upływie 46½ minut wyraża się:

$$Na_2SO_4 \underset{1.310}{>} Na_2PO_4$$

Doświadczenie to wykazuje, że fosforan sodowy doznaje w żołądku mniejszego wessania, niż siarkan sodowy, jednak pobudził błonę śluzową do wydzielania kwasu solnego, gdyż podczas gdy pierwotny rozczyn działał mocno alkalicznie, rozczyn żołądkowy okazał się obojętny. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Birch-Hirschfeld: **Bakteryje w nowotworach kiłowych.** Jak wiadomo kilka już lat temu opisał Klebs w pierwotnych naciekach kiłowych świeżo wyciętych obecność bakteryj. Nadano im nawet nazwę, jeżeli dobrze pamiętamy, „*Helicomonas syphiliticum*,“ dla szczególniejszego krętego kształtu.

W utkaniu kilaka nie udało się autorowi wykryć tych grzybków. Również i Aufrecht znalazł w kłykcinach bak-

teryje. W najnowszych czasach doniósł Birch Hirschfeld *(Centralblatt für med. Wiss.* Nr. 33, 1882, *W. med. Bl.* Nr. 36 rb.), że w guzach kilakowych stale znajdował bakteryje.

W miejscu, gdzie utkanie komórkowe kilaka przechodzi w części ziarnisto-rozpadłe, znachodziły się bakteryje najliczniéj, i w ogóle tam, gdzie naciek komórkowy był mniéj gęstym. W częściach zbitszych, więcéj włóknistych, nie było widać gromadek pasorzytów, w bliznach, w ogniskach kilakowych całkiem zabliźnionych stanowczo nie było bakteryj.

Badane ogniska kilakowe były w przeważnéj części świeżego pochodzenia.

Bakteryje wspomniane zazwyczaj leżą w grupach złożonych z pręcików drobnych, grubych, zaokrąglonych na końcach.—Długość ich czasem dochodzi do 35 milim., przyczém bywają lekko wygięte. Tu i owdzie mógł B. stwierdzić i zgrubienie guzkowe końców. W jednym przypadku spostrzegł autor bakteryje i wśród komórek w skład utkania kilaka wchodzących.

(Żałować tylko wypada, że wszystkie badania tyczą się preparatów spirytusowych! Jakkolwiek autor stwierdził obecność bakteryj i na skrawkach wziętych za życia chorych *(Ulcus indur.*, *Condyl. lata*, guzek ze *Syphilis papulosa*, kilaka, *Gumma s. Syphiloma)*, jednakże za życia nie zbadał żadnego chorego. Ani obecność bakteryj w głębi kilaka, ani wśród komórki, co zdaniem autora stwierdza swoistość tych tworów, nie może usunąć naszych wątpliwości. Nauczyło nas doświadczenie, właśnie w patologii kiły, z jaką ostrożnością należy postępować chcąc uznać coś za morfotycznie „swoiste." *Przyp. Sprawozd.*) *Dr. Pisek.*

König: **Wycięcie mostka z powodu nowotworu. Wyleczenie.**

Kobieta 36-letnia przybyła do kliniki K. z obrzękiem na przedniéj ścianie klatki piersiowéj, który, według podania choréj, miał trwać półtrzecia roku.

Obrzęk rozciągał się na cały trzon mostka, sięgając ku górze nieco ponad przyczepienie się 2go żebra, po bokach przekraczał granice kości tylko nieznacznie; obrzęk ten półokrągły był zupełnie nieruchomy, twardy, skóra nad nim nieco cieńsza, lecz zresztą zupełnie prawidłowa. Badanie płuc i serca nie wykazało żadnych zmian, któreby kazały wnosić o istnieniu większego guza w śródpiersiu.

Jedynym środkiem leczniczym była w tym przypadku oczywiście tylko operacyja, na którą też chora zgodziła się, mimo przedstawienia jéj niebezpieczeństwa zabiegu operacyjnego. Poprzednie doświadczenia na zwłokach i zwierzętach przekonały K., że oddalenie mostka niemożebne jest bez otwarcia przynajmniéj jednego worka opłucnowego; te same jednak doświadczenia dowiodły, że zwierzęta znoszą dobrze, nawet obustronną, odmę urazową, byle tylko otwór w opłucny natychmiast został zamknięty. Opierając się na tych doświadczeniach przystąpił K. u wymienionéj choréj do operacyi w dniu 17 lipca rb. Po uśpieniu choréj chloroformem zrobiono cięcie krzyżowe i oddzielono skórę aż do granic obrzęku. Następnie przecięto żebra górne w odległości 3 cm. od mostka podsuwając pod nie ostrożnie elewatoryjum, dolne zaś przecięto z wolnéj ręki. W podobny sposób przecięto piłką mostek tuż pod przyczepieniem się 1go żebra. Teraz nastąpiła najważniejsza część operacyi, tj. wyłuszczenie mostka wraz z obrzękiem. Przecięte żebra podniesiono ostremi hakami i ręką oddzielano ostrożnie obrzęk od ścian śródpiersia, wreszcie dostano się do samego mostka, lecz w téj chwili przerwała się opłucna po stronie prawéj w wysokości 4go żebra, a znany syczący szmer ostrzegł o tém operującego. Natychmiast zatkano powstały otwór zwitkiem gazy. Podczas oddzielania nowotworu od zrośniętego z nim worka osierdziowego przecięto ścianę tegoż, a prawa komórka serca pokazała się w ranie. Przy dalszém oddzielaniu obrzęku usłyszano jeszcze raz syczący szmer po stronie lewéj. W celu zapobiegnięcia niebezpieczeństwom wynikającym z otwarcia jam piersiowych wkładano tuż za wyłuszczonym nowotworem zwitki gazy uciskając niemi miernie ściany śródpiersia.

Po oddaleniu obrzęku przystąpiono do zamknięcia rany w ten sposób, że po zespojeniu części skóry leżącéj nad jednym ze zwitków gazy znajdujących się w śródpiersiu, zwitek ten oddalano i natychmiast kładziono go na skórę tak że ucisk w śródpiersiu nie ustał ani na chwilę aż do zupełnego zamknięcia rany. Dwa jodoformem posypane sączki włożono w brzegi rany, poczém założono opatrunek przeciwgniluy, obejmujący całą pierś i część brzucha.

Chora, która podczas dwugodzinnéj przeszło operacyi dość dużo krwi utraciła, przyszła do siebie. Groźnych objawów płucnych nie było całkiem, tylko tętno od 4go dnia było mocno przyspieszone, jednak i ten niepokojący objaw ustąpił po kilku dawkach naparstnicy.—Dalszy przebieg był zupełnie pomyślny. Operowana jest w stanie odbywać kilkomilowe podróże bez żadnego zmęczenia.

Przypadek ten, jak dotąd jedyny w literaturze, jest dowodem, że wobec nowoczesnych sposobów operowania i leczenia można nawet odważyć się na otwarcie wszystkich trzech jam piersiowych. *(Centralbl. f. Chir.* Nr. 42). *Dr. Schramm.*

Prof. M. Leidesdorf: **O wpływie czynników etyjologicznych na postać i przebieg zboczeń umysłowych.**

Sam Griesinger przyznał w roku 1869, że jego podział chorób umysłowych na stany przygnębienia, podniecenia i nieudolności umysłu, nie da się w nauce utrzymać. Pomijając zboczenia umysłowe, powstałe na tle nerwic lub otruć, miały postacie kliniczne Griesingera występować po sobie kolejno tak, że chory pierwotnie zadumczywy stawał się szalonym a ostatecznie niedołężniał na umyśle. Przebieg ten jest rzeczywiście najczęstszym, jednak nie zawsze, jak pierwszy Snell w roku 1865 dowiódł na przypadkach dokładnie obserwowanych, co zresztą badania wielu psychijatrów stanowczo stwierdziły. Wyjątek stanowią przypadki t. z. „pomięszania pierwotnego" jednak i w tych nie powstaje zdaniem autora choroba umysłowa nagle a dokładniejsze poznanie okoliczności sprzyjających jéj rozwojowi jest rzeczą ważną.

Sander *(Archiv für Psychiatrie, Bd. I)* wykazał, że „pomięszaniu pierwotnemu" ulegają ludzie usposobieni od urodzenia i to najczęściéj dziedzicznie obciążeni. Drugim czynnikiem bywają choroby nerwowe lub mózgu przebyte w wieku dziecięcym, nadto są jeszcze inne przyczyny i warunki, wśród których rozwija się to pomięszanie pierwotne i pozornie bezpośrednie, a temi są: 1) wpływy dziedziczne, 2) schorzenia mózgu w dziecięctwie, 3) wstrząśnienia mózgu urazowe lub psychiczne. Na teraz zastanawia się L. nad przyczynami wymienionemi, chociaż i zanik starczy mózgu, zatrucie wyskokowe i nerwice usposabiają szczególnie do rozwoju psychoz z przebiegiem właściwym. Wymienione przyczyny, różniące się wielce między sobą, mają tę wspólną cechę, że pod ich wpływem zamienia się prawidłowa czynność mózgowia nader łatwo w nieprawidłową, objawiającą się co ważniejsza w wieku chłopięcym, bo w 6, 7 lub 8 roku życia, w których zbo-

czenia umysłu należą do rzadkości; co więcéj: zboczenia powstałe pod ich wpływem bywają peryjodycznemi, urojenia bywają ściśle odgraniczone.

Wpływy dziedziczne rozciągają się także na tych przodków, którzy podlegali opilstwu nałogowemu lub płodzili potomstwo w stanie nietrzeźwym. Dzieci ich objawiają tę samą skłonność do chorób umysłowych co dziedzicznie obciążone. Niemniéj doniosłym bywa wpływ ołowicy przewłocznéj rodziców na stan umysłowy potomstwa. Dzieci rodziców cierpiących na to zatrucie podlegają nietylko znaczniejszéj śmiertelności, lecz cierpią drgawki, zboczenia umysłowe lub są niedołęgami umysłowemi; spłodzone w czasie, gdy rodzice przestali już okazywać objawy ołowicy, nie są już dziedzicznie obciążone. Niejednokrotnie przechodzą zboczenia umysłowe na potomków w postaci niezmienionéj; dotyczy to szczególnie popędu do samobójstwa. Gall opowiada o człowieku, który pozostawił siedmiu synom majątek dwumilijonowy. Żaden z braci nie doznał większego nieszczęścia, niektórzy powiększyli nawet fortunę, cieszyli się znakomitém zdrowiem a mimo to zabił się każdy w przeciągu lat 30. Częściéj atoli bywa zboczenie umysłowe potomków innego rodzaju, innéj postaci niż u przodków; jest nawet prawidłem, że zboczenia umysłowe potomków doznają przemiany. Dziedzicznie obciążeni są chorymi, u których najtrudniéj często odróżnić zboczenie od prawidłowości w objawach życia duchowego, u nich pojawiają się zboczenia od niewinnego dziwactwa do tępoty i to już w dziecięctwie. O wiele częściéj jednak powstają zboczenia umysłowe osób dziedzicznie obciążonych w wieku późniejszym: i tutaj nie rozwija się choroba umysłowa właściwa, spostrzedz można jedynie poszczególne jéj objawy. Ztąd to pochodzi, że wielu obciążonych dziedzicznie zachowuje się odmiennie w sprawach życia codziennego, uderza w ich zachowaniu pewna chwiejność zdradzająca stan chorobliwy, ci właśnie zdrowi dotąd na umyśle stają się skutkiem urazu w głowę lub nagłego przestrachu kapryśnymi, złośliwymi, słowem zmienia się ich usposobienia, tak że są nieznośnymi dla otoczenia, wśród utrzymanéj inteligencyi tracą siłę woli lub podlegają stopniowo nałogom bez nadziei przyjścia do siebie. Stany te, mogące zresztą być nabytemi, nazywają rozmaicie: *folie lucide, manie instinctive, moral insanity*. Pojawiają się u tych chorych, przelotnie urojenia zmysłowe, wzrokowe lub słuchowe, a przedewszystkiém urojenia czucia ogólnego, które ostatecznie opanowują zupełnie chorych, świadomych, że stan ich jest nieprawidłowym, trwają przez pewien czas, aby ustąpiwszy powrócić po pewnym czasie swobody lub trwale upośledzić umysł. Typowym w tym względzie jest przypadek opisany przez autora, w którym chłopiec 13-letni przebywszy w dziecięctwie zapalenie opon mózgowych, doznawał od tego czasu nudności, bólu i zawrotu głowy. Uczęszczając do gimnazyjum był jednym z najlepszych uczniów w swojéj klasie, gdy raz uroił sobie nagle, że nauczyciele są z niego niezadowoleni, koledzy go wyśmiewają, bezsenny i trwożliwy czytał na każdym świstku papieru, w domu i na ulicy, obelgi przeciw sobie skierowane, będące również treścią licznych karteczek, które mu powstawały z każdego włosa. Ten stan trwał 3 miesiące, poczém chory oprzytomniał zupełnie, zaczął znowu uczęszczać do szkoły, przeszkodziło mu jednak powtórnie takież samo zaburzenie umysłu, aby minąć po kilku miesiącach i dotąd t. j. po trzech latach nie powrócić. Że powstawanie nagłe urojeń zdarza się u obciążonych dziedzicznie świadczy przypadek następujący: F. N. 29-letni parobek dostał się w dniu 4 kwietnia do kliniki psychijatrycznéj, gdzie zmarła jego matka chora na umyśle przed kilkunastu laty. Wchodził do domu zajęty właśnie myślami o swojém przyszłém małżeństwie, gdy sąsiad głośno krzyknął przez okno coś do niego. Nie zrozumiawszy słów sąsiada wprowadził je w związek z przyszłym swym stanem małżeńskim. Od téj chwili czuje palenie w członkach, czuje, że złote niteczki krążą w jego krwi: „sąsiad zelektryzował go widocznie, istnieją bowiem bateryje działające na odległość a każdy w pobliżu musi przecież czuć, że on jest elektryzowanym“. Przed niepoczciwym sąsiadem szuka opieki u władzy, która odsyła go do zakładu dla obłąkanych.

Niemniéj zajmującemi są zmiany występujące po wstrząśnieniu mózgu. Pomijając obrażenia połączone ze zmianami anatomicznemi następowemi w istocie mózgowéj, zwraca L. uwagę, że zapatrywanie, jakoby każde wstrząśnienie mózgu miało wywoływać zmiany, może drobne i łatwo dające się przeoczyć, jest mylném, twierdzi to na podstawie starannych poszukiwań przy sekcyjach i na podstawie własnych doświadczeń na zwierzętach. Wstrząśnienia mózgu jeżeli nie są tak gwałtownemi, jak w doświadczeniach Dureta, sprawiają śmierć zwierząt skutkiem następującego wiądu lub epilepsyi, lecz nie przedstawiają nawet najmniejszych śladów wybroczyn. Napady epileptyczne i zmniejszona odporność na działanie napojów wyskokowych dozwalają wnosić, że tu rozchodzi się przedewszystkiém o zboczenia w zakresie nerwów naczynioruchowych; zboczenia umysłowe bywają w tych przypadkach podobne do zboczeń u osób dziedzicznie obciążonych lub schorzałych w dziecięctwie. I tutaj pojawiają się: 1) w wieku młodocianym, 2) występują peryjodycznie; 3) nagle, jako opętanie myślami. Niniejsze twierdzenia udowadniają dostatecznie liczne przypadki obserwowane dokładnie, z których oto wybitniejszy: S. G. 19-letni robotnik spadł w roku 1879 na głowę z miernéj wysokości, nie stracił przytomności, był tylko odurzony a w kilka dni dopiero doznał znacznych wzmagających się bólów głowy. We dwa miesiące po tym smutnym przypadku dostał się do kliniki psychijatrycznéj: trwożliwy obawiał się ciągle otrucia, niespokojny, cierpiał bezsenność i nie był zdolnym do żadnego zajęcia. W miesiąc po przyjęciu pojawiły się kurcze po raz pierwszy, po napadzie utrzymywał, że mu przestrzelono oko; twarz silnie zaczerwieniona, odnogi chłodne i sine. Wśród dni następnych siedzi osłupiały w łóżku, zanieczyszcza się i popada czasem w stan kataleptyczny wśród tego umiera we 2 tygodnie po pierwszym napadzie kurczów. Sekcyja wykonana starannie nie wykazała prócz przekrwienia żadnych zmian w mózgu, był to prawdopodobnie przypadek ucisku na mózg zrządzonego przez porażenie ścian naczyniowych, który ostatecznie śmierć sprowadził.

Wstrząśnienia umysłu psychiczne, jakie np. przestrach sprawić może, przebiegają zupełnie podobnie jak powstałe na tle urazu.

Nie ulega zatém wątpliwości, że dokładna znajomość wpływu wymienionych czynników ma niepoślednie znaczenie w rokowaniu i leczeniu niektórych chorób umysłowych. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 24 i 25 1882). *Ig. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Kwas karbolowy w durze.** Ramonet ogłosił niedawno wyniki, które otrzymał w Algierze, lecząc dur kwasem karbolowym, oraz podał sposób użycia. Leczył on 41 przypadków tym

środkiem a 17 z nich było ciężkich, dwa zakończyły się śmiercią, co odpowiada śmiertelności 5 ze 100, którą wypada w tamtejszych stosunkach uważać za bardzo nizką. Leczenie polegało na stósowaniu lawatyw z 1 grama krystalicznego kwasu karbolowego, rozpuszczonego w ciepłocie pokojowéj w 150 grm. wody. W łagodnie przebiegających przypadkach stósowano lawatywy raz na dzień, w cięższych przypadkach dwa razy a w ciężkich trzy razy dziennie. Czasem dodawano parę kropel laudanum, aby ułatwić zatrzymanie lawatyw. Stósowano je zwykle o godzinie 11, 4 i 9. Po tych lawatywach nastawało obniżenie się ciepłoty, przypadów mózgowych, zmniejszenie bólu głowy, szumu w uszach i osłupienia, które to zmniejszenie objawów trwało parę godzin. Nasuwa się myśl, że pomyślny wynik zawdzięczać wypada po części antyzymotycznemu działaniu kwasu karbolowego. Dawka nie powinna przekraczać 4 gramów dziennie. Większe dawki podawane przez Desplatsa, (12 do 14 gramów), szkodzą pośrednio. Leczenie wzmacniające i ściągające należy zawsze połączyć z leczeniem za pomocą kwasu karbolowego. (*The Lancet* 1881, II. Nr. 13).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu d. 24 czerwca 1882.

Zwykłym porządkiem dziennym zapowiedziane zwiedzenie przed południem Zakładu Sióstr Miłosierdzia i Szpitala dziecięcego św. Józefa dla braku gości, a względnie z powodu miejscowych przeszkód, nie przyszło do skutku. W południe kilku miejscowych kolegów zwiedziło klinikę oczną Dra Wicherkiewicza.

Tenże wykonał kilka operacyj, a mianowicie: operacyję zaćmy miękkiéj w jedném, a twardéj w drugiém oku u téj saméj osoby; daléj utworzył szparę tęczówkową u chłopca dotkniętego po obydwóch stronach zwichnięciem soczewki i mimośrodkową źrenicą. Na lewém oku u tegoż chłopca kilka tygodni przedtém dokonał był wyjęcia soczewki zwichniętéj i to bez irydektomii; ponieważ jednak wzrok oka tego przy mimośrodkowéj bardzo obwodowéj źrenicy nie wiele co poprawił się, zwłaszcza w skutek tego, że powieka nieco zwieszająca się źrenicę zakrywała, przeto powiększenie źrenicy ku dołowi było wskazaném. Następnie wyskrobał operujący ostrą łyżką i to sposobem przez siebie wprowadzonym, zwyrodniałą część twardówki oka dotkniętego nadto pryszczykowém zapaleniem rogówki i zapaleniem tęczówki. Po tych rękoczynach przedstawił Dr. W. kobietę przed niedawnym czasem operowaną dla przewlekłéj jaskry. Poddała się ona późno operacyi, bo po zupełnéj utracie wzroku na lewém oku, a bardzo znacznéj na prawém oku. Przez wycięcie tęczówki prawego oka obniżono zupełnie nieprawidłowe napięcie i w części przywrócono choréj wzrok utracony. Przecięcie twardówki, czyli t. zw. sklerotomija, w lewém oku sprawiło tylko obniżenie napięcia lubo nie do tego stopnia co w prawém oku. Opierając się na tym przypadku, a pozostając pod wpływem przykrego wrażenia, jakie zaniedbane przypadki jaskry sprawiają, wspomniał Dr. W. o głównych znamionach jaskry, o rodzajach téjże i przytoczył prace Adolfa Webera i Priestleya Smitha z Birminghamu, prace rzucające światło na etyjologiję jaskry.

Na popołudniowém posiedzeniu był obecnym z zamiejscowych: Dr. Niklewski z Jarocina, z miejscowych koledzy Drowie: Kaczorowski, Grodzki, Jarnatowski, Koszutski, Zielewicz, Kapuściński, Stan. Święcicki, Jerzykowski, Batkowski i sekretarz a jako gość Dr. Czesznak ze Lwowa. Na przewodniczącego powołano przez aklamacyję i to wyjątkowo chcąc uczcić gościa, kolegę Czesznaka ze Lwowa.

Nastąpiło odczytanie sprawozdania z ostatniego Walnego zebrania a po przyjęciu i podpisaniu tegoż wszczęła się dyskusyja nad panującemi nagminnie chorobami, przyczém Dr. Koszutski wspomina o groźnych formach szkarlatyny z błonicą w 24 godzinach nieraz śmiertelnie się kończących. Równocześnie zdarzają mu się inne przypadki z lekkim przebiegiem. Podobnie przedstawiają się przypadki żarnic. Dr. Kaczorowski wspomina o durze osutkowym i powrotnym, a Dr. Kapuściński, podzielając spostrzeżenia kol. Koszutskiego, wspomina o nadzwyczaj prędkim śmiertelnym przebiegu szkarlatyny. Dr. Czesznak nadmienia, iż spotykał się w ostatnich czasach we Lwowie z dość częstemi przypadkami szkarlatyny z błonicą powikłanéj, a które w krótkim czasie, bo w 36 godzinach (raz nawet w 18 godzinach), śmiertelnie się kończyły. Widział on także w tym samym czasie liczne przypadki duru brzusznego i osutkowego, lecz w lekkich tylko postaciach, a nadto 15—16 przypadków nader groźnéj ospy, która od 5ciu lat trzymała się zdala od Lwowa. Zwraca przytém uwagę na to, iż wiele przypadków uchodzących za błonicę wcale nią nie jest, ale raczéj inném cierpieniem gardła.

Następnie przedstawił Sekretarz chorego, u którego świeżo dermoplastykę czyli przesadzenie skóry wykonał. Poprzedził zaś przedstawienie to następującemi uwagami: W roku 1869 Reverdin w szpitalu Neckera w Paryżu powziął szczęśliwą myśl gojenia uporczywych wrzodów goleniowych w ten sposób, że pokrywał w części powierzchnię wrzodów takich maleńkiemi kawałkami wierzchnich warstw skóry. Myśl ta okazała się nader praktyczną i wkrótce znalazła dość wielu naśladowców i po za granicami Francyi, a mianowicie w Anglii i Niemczech. Płatki skóry przesadzone według przepisu Réverdina, a zazwyczaj brzytwą z przedramienia wzięte, są zaledwie 4mm. kw. wielkie, a są tak dalece tylko powierzchowne, że co najwięcéj przechodzą przez brodawki skóry. Płatek taki, przyłożony na ziarninę owrzodzeń, przyrasta po 24 godzinach, naskórek strąca się najdaléj 3go dnia, a naokoło przesadzonego kawałka tworzy się bliznowaty brzeg rozszerzający się coraz więcéj. Obszar w ten sposób powstałego zabliźnienia niezależnym jest wcale od wielkości przemieszczonego kawałka skóry. Przyrośnięcie zaś płatka przychodzi w ten sposób do skutku, że najprzód płyn przesączający ziarninę wrzodu płatek odżywia. Trzeciego dnia widać już w płatku komórki wędrujące. Ziarnina zapuszcza do płatka wyrostki komórkowe, naczynia płatka zamykają się a naczynia ziarniny wysyłają odnogi, czém spojenie płatka z swą podstawą jest już ustalone. Teraz powstają przez rozplemienienie się komórek naskórnych pokładu ziarninowego przemieszczonego kawałka owe bliznowate pokrycia, o których wyżéj była mowa. Rozszerzając się coraz więcéj dochodzą one do podobnych bliznowatych odnóg innych kawałków przesadzonéj skóry albo do brzegów wrzodu, i otóż cel osiągnięty. Sposób pokrywania wrzodu przez przemieszczenie rozpowszechnił się bardzo i przyznać trzeba, ma swoje uprawnienie głównie tam, gdzie o to chodzi, ażeby jakimbądź kosztem wrzód niechcący się pokryć blizną do tego doprowadzić. Że przytém przeważną rolę odgrywa naskórek, przekonywamy się ztąd, że nawet zeskrobany naskórek i treść pęcherzy wezykatoryj do tego samego doprowadzić mogą wyniku. Dodajmy nadto, że i kawałki skóry zwierzęcéj i trupiéj, płatki ściany kaszaków i torbieli skórnych również okazują się przydatnemi do przemieszczenia. Jak z jednéj strony korzyści przez to postępowanie osiągane są wielkie w obec dawniejszych sposobów leczenia wrzodów goleniowych, tak z drugiéj strony przyznać trzeba, że w ten sposób zagojone wrzody i owrzodzenia łatwo ulegają urazowi i nowym zranieniom. Wprost zaś bezsilném okazuje się ścisłe postępowanie Réverdina, gdy się je stósuje tam, gdzie w obec mocnych owrzodzeń powiek chodzi koniecznie o uniknienie wywrócenia powiek, które w skutek znacznego skurczenia bliznowatego łatwo się wytwarza, a jeszcze mniéj przydać się może postępowanie Réverdina do wykonania tak zwanéj blefaroplastyki czyli wytworzenia powieki tam, gdzie już owo wywrócenie jest czynem dokonanym. Tu sztuka lekarska dziś już na dalsze weszła tory, dzięki pomysłowi Wolffa i Wardswortha; pierwszy zwrócił wprzód uwagę na możebność użycia do wytworzenia powieki znaczniejszych kawałków całéj skóry, zupełnie odczepionych od podstawy. Kawałki te można brać z téj saméj osoby z odległych od pola operacyjnego części ciała albo téż z innych osób. Skutków operacyi téj doświadczał prócz pierwszych dwóch jéj twórców prof. Zehender, następnie prelegent, a późniéj jeszcze kilku innych operatorów. Nie jest ona bez wartości, a w każdym razie prawie wszystkie doświadczenia wykazały, że płat taki przyrosnąć może; ale ani sposób operacyi, ani ostateczny wynik nie zawsze zadowala choćby częściowo, przynajmniéj żaden z późniejszych operatorów nie miał

powodu do entuzyjazmu, jakiemu się pierwsi dwaj oddali. To też prelegent już dawniéj oglądał się za czémś, coby w skutkach i zastosowaniu przewyższyło operacyję Réverdina. A jeszcze przed poznaniem metody Wolffa zamierzył przekonać się, czy pod korzystnemi warunkami nie da się osiągnąć przyrośnięcia dużego kawałka skóry do dobréj ziarniny. Sposobność do tego niebawem nastręczyła się. Otóż w przypadku bardzo rozgałęzionéj rozstrzeni naczyń górnéj powieki i po nad nią przyżegał żegadłem Paquelina, poczém powstała bardzo znaczna płaszczyzna ziarninowa, a prelegent obawiając się wytworzenia się w skutek tego znacznego odwinięcia powieki, przeszczepił dość spory kawałek skóry, bo około 26mm. szeroki a 16—18mm. wysoki. Kawałek ten odcięto innemu choremu, który dla podwinięcia górnéj powieki był równocześnie sposobem Snellena operowany. Po ujęciu odpowiedniego kawałka skóry szczypczykami, które prelegent pokazuje i odcięciu go za pomocą nożyczek Coopera, natychmiast przyłożono go na ziarninę i przymocowano kładąc nań płatek płócienny przesiąkły maścią karbolową, na to papier gumowy, watę, a to wszystko opasując dobrze gazą. Po czterech dniach opaskę zdjęto i przekonano się, że zupełne nastąpiło zrośnięcie płatka z podstawą ziarninową, przyczém płatek ani pod względem wielkości ani wejrzenia wcale się nie zmienił. Zagojenie dalsze nastąpiło w ten sposób, że pozostała płaszczyzna ziarninowa pokryła się od brzegów otaczających ją, jako też od wysepki skóry cienką blizną. Ów kawałek skóry zaś pozostał i nadal niezmieniony. Przypadek ten zachęcił prelegenta do dalszéj próby, która nadarzyła się w przypadku Zgromadzeniu przedstawionym. O nim zaś, o ile konieczna, wspomina prelegent co następuje: Robotnik T. z Obornik, liczący około 30 lat, spostrzegł w roku 1873 na samym środku czoła po prawéj stronie krostkę wielkości łebka od szpilki. Dopiero po 2 latach w skutek podobno uderzenia w to samo miejsce i krwotoków z niego powstałych zaczęła się owa krostka powiększać, a w dwa lata urosła do wielkości orzecha włoskiego. Po rozmaitych przypadach i zdarzeniach i wśród licznych objawów chorobowych doszła narośl do wielkości dużego jaja gęsiego. Przedoperacyjne szczegóły przypadku tego jako nienależące do rzeczy wykładający zresztą pomija i pokrótce tylko nadmienia, że narośl tę Dr. Pauly z Poznania przy pomocy kilku lekarzy usunął. Wśród operacyi pokazało się, że narośl doprowadziła do zaniku znaczną część kości czoła i dotarła nawet aż do twardéj opony mózgowéj. Po usunięciu więc nowotworu i wydłutowaniu kości wejrzenia podejrzanego, powstał w czole otwór o średnicy 5—6 cm. Pod ścisłym opatrunkiem Listerowskim po 6 tygodniach tak opona mózgowa jakoteż cała rana pokryła się wybujałą gąbczastą ziarniną. Dr. Pauly polecił następnie chorego wykładającemu, celem wykonania dermoplastyki. Po pierwszém zdjęciu opatrunku w Zakładzie okulistycznym prelegenta, przy zewnętrzno dolnym brzegu rany przekonać się było można o odtwarzaniu się lub téż o pozostałościach nowotworu. Widoczne tu były twarde zgrubiałości zachodzące nawet, o ile czuć było można, w głąb oczodołu. Ztąd téż pierwszém było zadaniem usunąć jeszcze to, co pozostało z narośli, która według badania prof. Ponficka z Wrocławia była mięsakiem włóknistym. Po odpowiedniém cięciu wśród znieczulenia chloroformem wyjęto znaczny jeszcze kawałek z miękkich tkanek pokrywających czoło, następnie wydobyto narośl zachodzącą głęboko w oczodół, wycięto gruczoł łzowy i część mięśnia unoszącego powiekę, wydłutowano zewnętrzną część górnego brzegu oczodołu i wyrostek jarzmowy z czoła i w części nawet wyrostek nosowy tak, że jamę czołową otworzono. Po zatamowaniu dość silnego krwotoku założono opaskę Listerowską; przedtém jednak zeskrobano jeszcze gębczastą ziarninę i posypano całą płaszczyznę lekko sproszkowanym jodoformem. Przebieg zupełnie był bezgorączkowy, a po pięciu dniach, gdy opaskę pierwszy raz zdjęto, prawie nie było wydzieliny, opona zaś mózgowa, w któréj najwyraźniéj widzieć było można tętno mózgowe, pokryła się znowu świeżą, zdrową ziarniną. Ponieważ ta ziarnina niezbyt jeszcze była silną, przeto założono ponownie opaskę i to z maścią kwasu borowego (7,5%). Pod tą maścią wybujała zdrowa ziarnina tak, że po kilkunastu dniach przystąpić było można do pokrycia jéj w sposób zamierzony. Gdy zaś płaszczyzna ziarninowa zbyt była wielką, aby ją na jedném posiedzeniu całą pokryć było można, przeto częściowo tylko w kilku posiedzeniach uskutecznić to postanowiono. Po wyczyszczeniu ziarniny najprzód 2% roztworem kwasu karbolowego, a następnie czystą wodą, przeniesiono na płaszczyznę ziarninową bez zwłoki trzy kawałki skóry wycięte z obu górnych powiek i jednéj dolnéj, kobiecie operowanéj równocześnie z powodu podwinięcia powiek; na płatki te położono szmatkę płócienną z maścią borową, którą wraz z otoczeniem posypano dobrze sproszkowanym jodoformem, a pokrywszy nadto cienkim gumowym papierem i watą cały opatrunek licznemi zwojami gazowemi przymocowano. Chory pozostawał przez dni następne w łóżku. Piątego dnia, zdjąwszy ostrożnie opaskę, przekonano się, że płatek płócienny przylegający bezpośrednio do pola operacyjnego bardzo nieznacznym pokryty był śluzem, kawałki zaś skóry przemieszczone bardzo dobrze wyglądały i szczelnie przylegały. Badanie szpilką przekonało nas, że i uczucie ciśnienia już się w nich wytworzyło. Opaskę założono ponownie w ten sam sposób, a płatki te skóry również dobrze wyglądały i w dni następne. Dziesięć dni po pierwszéj dermoplastyce przystąpiono do drugiéj, a tym razem nie mając do dyspozycyi żadnéj skóry z powiek, odcięto w opisany powyżéj sposób trzy płaty skóry z przedramienia samego pacyjenta. Pierwszy z tych płatów pozostawił w miejscu brak owalny 4cm. długi a 2,5cm. szeroki, sam zaś skurczył się tak dalece, że długość jego wynosiła tylko około 25mm, szerokość zaś 12—14mm. Nieco mniejsze i w równych warunkach wycięte były dwa dalsze płaty. Przed przyłożeniem tych kawałków skóry na płaszczyznę ziarniny poobcinano nożyczkami bardzo staraunie wszelkie odrobiny tkanki tłuszczowéj; a przyłożone w ten sam sposób co poprzednie opatrzono i przymocowano. Po zdjęciu opaski czwartego dnia okazały się płatki zdrowemi i przyrosłemi, podczas gdy naskórek jednego z pierwszych po brzegach zaczął nieco się podnosić. Dla pokrycia pozostałéj części płaszczyzny ziarninowéj przystąpiono w sześć dni po drugiéj operacyi do powtórzenia téjże, a użyto tym razem znowu po jednym kawałku z górnych powiek dwóch innych chorych, a dwóch kawałków z przedramienia naszego chorego. Kawałki te nie różniły się co do wielkości. Szerokość ich wynosiła 1,5cm., wysokość 1cm. Sposobu dalszego opatrywania jako nieróżniącego się w niczém od poprzednich prelegent nie opisuje, nadmienia tylko, że wszystkie dziewięć kawałków zachowały dobre wejrzenie i takowego po kilku tygodniach nie zmieniły, o czém się naocznie koledzy u przedstawionego chorego przekonać mogli. Prawie całe wielkie pole ziarninowe pokrywają płaty przemieszczone, a nieznaczne miejsca pomiędzy niemi zaczynają także pokrywać się od brzegów naskórkiem. Przemieszczone kawałki przypominają mozaikę. We wszystkich płatkach można czucie stanowczo wykazać. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 październik umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 20,5 (29,0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru osutkowego i 7 odry. W tygodniu od 15—21 października leczyło się na ospę w Londynie w szpitalach 86, świeżo zapadło 8, umarło 3, w Rotterdamie umarło 5, w Paryżu 8, w Granadzie 12, w w Petersburgu 13, Warszawie 12, w Madrycie 19. W Paryżu umarło z duru brzusznego 244, leczyło się w szpitalach 2157. Dur osutkowy pojawił się sporadycznie. Czerwonka w Malmoe zaostrzyła się z końcem września. Również i w Idstat rozszerzyła się czerwonka od 1—45 września, umarło 81, z ospy w Rio de Janeiro a 1 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,0; we Lwowie 43,7; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 22,9; w Budapeszcie 23,8; w Pradze 28,9; w Tryjeście 22,7; w Berlinie 23,4; w Wrocławiu 25,7; w Gdańsku 20,9; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 22,2; w Lipsku 19,3; w Bazylei 15,5; w Brukseli 15,7; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 24,0; w Paryżu 25,8; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 19,0; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 28,1; w Odesie 36,9; w Wenecyi 20,7; w Bukareszcie 27,2; w Madrycie 35,7; w Lizbonie 23,9; w Aleksandryi 45,1; w Nowym Yorku 22,9; w Filadelfii 20,1; w Bombayu 27,8; w Madrasie 40,4.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 listopada. Na replikę naszą w sprawie niepoprawności języka *Gazeta Lekarska* odpowiedziała artykułem obszernym, w którym uznała za stosowne odezwać się do całego grona redakcyjnego, jak to wnosić ztąd wypada, że kilkakrotnie wyraża się w liczbie mnogiéj: „Panowie, Wasze żądanie itd." Winniśmy więc przedewszystkiém szan. koleżankę wywieść z błędu: wiadomości bieżące zestawia sam redaktor i chętnie przyjmuje sam odpowiedzialność za wszystko, co w rubryce téj się mieści. Tak też i tym razem rzecz się miała; i tym razem redaktor mógłby z łatwością odeprzeć zarzuty, czynione przez Redakcyję *Gaz. Lek.*, i wytknąć w własnéj jéj odpowiedzi liczne rażące błędy językowe, ponieważ jednak nie może poświęcać tyle miejsca sporom filologicznym, przedłożył sprawę Komisyi Redakcyjnéj na posiedzeniu miesięczném, wczoraj odbytém. Komisyja Redakcyjna przykro dotknięta nieuzasadnionym zarzutem, lekkomyślności i chęci szykanowania, uczynionym redaktorowi przez Redakcyję *Gaz. Lek.*, a zgadzając się w zasadzie z redaktorem, że kwestyja językowa w naszych stosunkach jest zanadto ważną, abyśmy ją mogli lekceważyć, że czuwanie nad czystością języka a prosty spór filologiczny są pojęciami całkiem odmiennemi, pragnąc zresztą zakończyć spór niemiły, uchwaliła poruczyć rzecz znanéj na polu lingwistyczném powadze a do kół lekarskich nienależącéj, która rozpatrzywszy się w zarzutach wzajemnych ogłosi w swoim czasie orzeczenie swoje bezstronne w osobnym dodatku.

Zarzuty, których Redakcyja *Gaz. Lek.* za kropkami dopiero domyślać się każe, pomijamy milczeniem; odpowiedzieć na nie byłoby uchybieniem samym sobie.

* Na czele Numeru dzisiejszego zamieszczamy wiadomość o świetném odkryciu, uczynioném przez rodaka naszego w pracowni prof. Ludwiga w Wiedniu. Napawa nas dumą prawdziwą, że nauka zawdzięcza to odkrycie rodakowi naszemu i że Przegląd Lek. jest pierwszém pismem, które wiadomość o niém zamieszcza i które autor zaszczycił pierwszém swém doniesieniem. Ustnie prof. Ludwig doniósł d. 3 bm. Towarzystwu lek. (a następnie Akademii Umiejętności w Wiedniu), o świeżém odkryciu, a wśród oklasków ogólnych odkrycie to nazwał pamiętném i posuwającém naprzód naukę; o rozwiązanie tego zagadnienia silili się naprózno pierwszorzędni chemicy, jak Liebig, Strecker, Bayer, Kolbe, a przedewszystkiém Wöhler, któremu w r. 1828 udała się synteza mocznika. Kol. Horbaczewskiemu, którego nazwisko w téj chwili obiega świat cały, powodzenia tego serdecznie winszujemy.

* Na wczorajszém posiedzeniu swojém Towarzystwo Lekarskie krakowskie na wniosek proff. Blumenstoka i Mikulicza uchwaliło przez aklamacyję przesłać kol. Horbaczewskiemu dyplom na Członka koresp. a równocześnie wyrazić mu serdeczne życzenie z powodu świetnego jego odkrycia.

* **Berlin.** Prof. Virchow ciężko zapadł na zdrowiu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny w Wydziale lek. Dr. Petrina otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. — **Berlin.** D. 1 bm. prof. Bergmann zagaił wykłady swoje mową o grupowaniu chorób przyrannych. — **Bern.** Pensyjonowany prof. fizyjologii Valentin d. 10 października obchodził 50-letni jubileusz doktorski.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz sztabowy Dr. Roman Szeliga w Serajewie i lekarz pułkowy Dr. Wojciech Tylka otrzymali uznanie cesarskie z powodu znakomitych zasług położonych w obszarze okupacyjnym; mianowani zostali Dr. Włodzimierz Antoniewicz lekarzem pułkowym 2giéj kl. a Dr. Zdzisław Juchnowicz Hordyński starszym lekarzem w armii czynnéj; przeniesieni lekarz sztabowy Dr. Adolf Ressig z Zadaru do Gracu a starszy lekarz Dr. Jan Pawlików ze Lwowa do 15go pułku piechoty.

* **Nekrologija.** D. 27 października umarł w Wiedniu Dr. Ryszard Stradiot, dyrektor szpitala powiatowego w Sechshaus pod Wiedniem, licząc lat 50. Nieboszczyk był wychowańcem chirurgicznym u prof. Schuha, kształcił się następnie za granicą w Berlinie i Paryżu, w r. 1878 został prymaryjuszem oddziału chirurg. a w r. 1880 dyrektorem szpitala w Sechshaus. — W Hietzingu pod Wiedniem umarł Dr. Fryderyk Boschan, licząc lat 65, przez szereg lat znany jako lekarz zdrojowy w Francensbadzie.—W Londynie umarł znakomity okulista prof. Critchett.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Pa'wińskiego: Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca (c. d); Niedźwieckiego: Wyrośle brodawkowate mnogie błony śluzowéj warg, jamy ustnéj, języka itd.: Rothego: Otrucie wyskokowe (dok.) — W *Medycynie* Nr. 44: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniw. Jagiell. za r. 1881/2.

Redakcyja otrzymała:

Odo BUJWID: Chemija śliny ludzkiéj. (Odbitka z „Rocznika zbiorowego" za r. 1881). Warszawa 1882, in 8vo str. 20.

Dr. JAWORSKI: Czynniki lecznicze i wskazania dla stacyi klimatycznéj Davos. (Osobne odbicie z *Gaz. Lek.* 1882) in 8vo str. 5.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 15 b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém nastąpi przedstawienie dwóch przypadków z kliniki prof. Rosnera (*Xeroderma et Rhinoscleroma*), poczém Komitet przedstawi wnioski zmierzające do reorganizacyi Towarzystwa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.